Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 5 listopada 1881. **Nr 45.** Rok XX.

TREŚĆ: I. OBALIŃSKI. Doświadczenia z dziedziny neurochirurgii. II. Przecięcie lub wycięcie kawałka nerwów *(neurotomia et neurectomia)* — II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu. MIKULICZ. O użyciu jodoformu w leczeniu ran. (Dok.) — III. OLSZEWSKI. O napełnianiu wód żelezistych. — IV. *Oceny i sprawozdania*: BUCHNER. (C. d.) ROSSBACH. GUTTMANN i SMIDT. (Dok.) UNRUH. SEMMOLA. — *Wiadomości pomniejsze.* — V. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Tow. lek. krak. — VI. *Zjazdy*: RYDEL. Sekcyja okulistyczna międzynarodowego Zjazdu w Londynie. (C. d.) — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie.* — VIII. *Wiadomości bieżące.*

I. Doświadczenia z dziedziny neurochirurgii.

Podał Docent Dr. **Obaliński.**

II. Przecięcie lub wycięcie kawałka nerwów *(neurotomia et neurectomia).*

1. Wawrzyniec K., lat 25 liczący, wieśniak, zgłosił się do szpitala Sgo Łazarza na wiosnę 1879 r. i został przyjętym do oddziału chorób wewnętrznych z powodu gwałtownych bólów w twarzy. Opowiadał on, że bóle te trwają u niego już od 2 lat i tak się w ostatnich czasach wzmogły, że nawet nosił się z myślą samobójstwa. Gdy w oddziale wspomnianym wypróbowano bez skutku przeróżne środki wewnętrznie i zewnętrznie stosowane, wezwał mnie kol. Dr. Paszkowski na usilne prośby chorego, czyby nie można, pomimo przypuszczenia, że cierpienie bierze początek wśród czaszki, spróbować naciągania lub wycięcia nerwów, chociażby dla chwilowéj ulgi. Na podstawie, że bóle w równéj mierze występują we wszystkich trzech gałęziach nerwu trójdzielnego, daléj że istnieją prawie ciągle nie w napadach i że było dawniéj dwuwidzenie a obecnie jest jeszcze zez (oko prawe zwrócone ku wewnątrz i nieco ku górze), zgodziłem się na umiejscowienie cierpienia śródczaszkowe i z tego powodu nie radziłem podjęcia operacyi. Po wydaleniu go ze szpitala tak długo mnie błagał o wykonanie operacyi, że ostatecznie przyjąłem go w dniu 17mym lipca 1879 r. na mój oddział.

Badanie wykazało mężczyznę lat 25 liczącego, dobrze zbudowanego i odżywionego z wyrazem twarzy bolesnym, trzymającego prawie ciągle rękę na prawéj połowie twarzy z przyczyny gwałtownego tamże bólu, który się rozpromienia aż na szczyt głowy i na dolną szczękę. Prawe oko załzawione, zwrócone nieco ku wewnątrz i górze; spojówka gałkowa lekko nastrzykana; badanie wziernikowe przedsięwzięte przez prof. Dra Rydla i Dra Macheka nie dało żadnych dodatnich rezultatów. Dotykanie skóry czoła po stronie prawéj bardzo bolesne, najbardziéj jednak w miejscu wyjścia nerwu nadoczodołowego, lecz także bolesnym okazał się nerw podoczodołowy i dolnoszczękowy.

Dokładne zbadanie reszty ciała nie wykazało nic patologicznego.

Rozpoznając i tym razem neuralgiję w zakresie nerwu trójdzielnego z przyczyny w śród czaszki położonéj lecz niewiadomego rodzaju, postanowiłem wykonać mu operacyję nie z przekonania, lecz raz ustępując usilnym prośbom nieszczęśliwego chorego, powtóre uwzględniając znany fakt, iż częstokroć przecięcia peryferycznych nerwów przynajmniéj na jakiś czas korzystnie wpływają na neuralgiję, chociażby i pochodzenia centralnego, a to tém bardziéj, iż przypisywano naciąganiu nerwów wpływ także i na ośrodki nerwowe, jak to już ówczas z doświadczeń Nussbauma przypuszczać należało. Obrałem zaś nerw czołowy raz dla tego, że w tém miejscu doznawał chory przy dotyku największego bólu, powtóre, że nerw ten najłatwiéj daje się odszukać, więc téż w przypadku bezskutecznéj operacyi nie narażałem chorego na wielkie obrażenie. Operacyję wykonałem d. 25go lipca 1879: po ogoleniu brwi prawéj cięcie równoległe z brzegiem nadoczodołowym i nieco poniżéj, na 3cm. długie, przecięcie *membranae tarsoorbitalis* i wydobycie nerwu po odciągnięciu mięśnia unoszącego powiekę górną, (*levator palp. sup.*) nieco na zewnątrz i ku dołowi. Najprzód naciągnąłem nerw dokładnie, a w końcu wyciąłem dla pewności kawałek na 1cm. długi. Zespojenie rany katgutem, opatrunek antyseptyczny; zagojenie się prawie *per primam.* Skutek operacyi był taki jak przewidywano, tj. że dotkliwość czoła się zmniejszyła (chory podaje, że czuje tam jakby przez rękawiczkę), lecz w całości bóle w połowie twarzy i głowy pozostały takie jak poprzednio. Po zagojeniu się rany wydalono chorego ze szpitala w dniu 27 września 1879 r.

W miesiąc późniéj, bo 30 października, powraca chory znów do szpitala i przedstawiając, że bóle obecnie zlokalizowały mu się przeważnie w szczęce dolnéj, prosi o przyjęcie go i wykonanie operacyi w téj okolicy. Trudno było nieszczęśliwemu człowiekowi odmówić, pomimo przedstawienia mu, że operacyja ta może być niebezpieczną dla życia, chory nietylko prosił lecz błagał o przedsięwzięcie. W dniu więc 18 listopada przystąpiono do wykonania ope-

racyi sposobem Paraviciniego: po rozszerzeniu szczęk rozwieraczem Heistera przecięto błonę śluzową na przedniéj krawędzi gałęzi szczęki dolnéj wraz z innemi częściami miękkiemi aż do kości, tylny brzeg rany wraz z mięśniem skrzydlastym wewnętrznym odciągnięto ku wewnątrz a lewym palcem wskazującym wszedł operujący w głąb rany celem odszukania listewki kostnéj *(lingula)* oznaczającéj wejście nerwu w kanał kostny; lecz wszelkie usiłowania pod tym względem okazały się daremnemi, wyczułem tylko nerw językowy nieco w tył i ku wewnątrz położony, nerwu zas dolnoszczękowego domacać się nie mogłem. Rozszerzyłem przeto ranę z 2cm. ku górze i dołowi po 1cm. (razem więc do 4cm.) a po ustąpieniu krwawienia starałem się wzrokiem i dotykiem sprawę sobie ułatwić. Dopiero po półgodzinnych usiłowaniach udało mi się nerw za pomocą haczyka na zewnątrz wydobyć, centralnie i peryferycznie naciągnąć, a w końcu przeciąć. Ten raz jedyny robiłem tę operacyję na żywym i pozostało mi po niéj tak fatalne wrażenie, że więcéj nie kusiłbym się o jéj wykonanie. To téż i przebieg rany był zupełnie odpowiedni takiemu niedelikatnemu postępowaniu. Zaraz wieczór tego samego dnia obrzękla prawa połowa twarzy i szyi bardzo znacznie; obrzęk ten był twardy, skóra na nim połyskująca, wydzielina z rany dosyć obfita i cuchnąca. Zaordynowano okłady z lodu i częste przepłukiwania ust lekkim rozczynem nadmang. potasowego. Podwyższenie ciepłoty nieznaczne, bo wieczorem do 38°C. dochodzące. Kaszel, pomimo że badanie płuc nie wykazuje żadnych zmian. Osłabienie coraz większe, tak iż 4go dnia po operacyi chory w nocy życie zakończył.

Rozbiór zwłok dokonany przez prof. Dra Browicza wykazał: *Aneurysma sacciforme arteriae carotidis internae dextrae in cavo cranii, subsequa compressione et atrophia hemisphaerae dextrae. Infiltratio purulenta telae subcutaneae et intermuscularis faciei dextrae et colli. Suppuratio parotidis dextrae peripherica. Degeneratio musculi cordis adiposa insignis. Tumor lienis chronicus. Pleuropneumonia crouposa dextra lobi inferioris (hepatisatio rubra).*

Ze szczegółowego protokołu sekcyjnego dodaję tylko opis samego tętniaka: Opona twarda mózgu gładka, w okolicy prawego otworu wzrokowego *(for. opt)* podniesiona w kształcie guza kulistego wielkości dużego orzecha włoskiego, sterczącego więcéj ku górze i zewnątrz i mieszczącego się w tak zwanem *cavum Meckelii*, ztąd téż *foramen opticum* i przez nią przechodzący nerw wzrokowy są wolne, podczas gdy najbardziéj ucierpiały od ucisku nerwy wychodzące przez obydwie szpary oczodołowe i przez otwór okrągły, a więc wszystkie trzy gałęzie pary piątéj jako téż nerw bloczkowy, okoruchowy i odwodzący. Worek tętniaka wypełnionym był dosyć zbitemi skrzepami. Tak więc rozbiór zwłok potwierdził nasze rozpoznanie, tj. że przyczyna nerwobólów była ośrodkową, a więc nożowi chirurga niedostępną. Wykazanie tętniaka jakiejkolwiek tętnicy wśród czaszki jest prawie niemożebném i polegać może na domysłach. W każdym razie poucza mnie niniejszy przypadek, że przy rozpoznawaniu przyczyn należy w razie braku innych widocznych myśleć o tętniaku śródczaszkowym, gdyż nas to zaprowadzić może do szczęśliwego wyboru środka leczniczego. Mam tu na myśli podwiązanie tętnicy szyjowéj głównéj, który to sposób podanym i użytym był już oddawna przez Patrubana (1853) i Nussbauma (1863), chociaż bez pewnych naukowych wskazań.

Jeżeli inni autorowie radzą, aby zanim się przystępuje do neurektomii wypróbować wszystkich możliwych środków wewnętrznych i zewnętrznych, to ja dodałbym na podstawie niniejszego przypadku, że przed przystąpieniem do neurektomii należałoby także poprzednio wykonać, osobliwie w przypadkach pochodzenia śródczaszkowego, podwiązanie tętnicy szyjowéj (*carotis comm.*), boć, jeżeli jest przyczyną nerwobólów nie tętniak lecz jakiś nowotwór, to podwiązanie tętnicy wcale stanu chorego nie pogorszy, a w pierwszym razie albo chwilowo albo nawet i doszczętnie pomódz może. Że tętniaki dosyć często muszą być przyczyną nerwobólów, wnoszę z tego, że na kilkanaście przypadków przezemnie obserwowanych raz jak w obecnym na pewno, a w drugim z wszelkiem prawdopodobieństwem, przypuścić musiałem, że tętniak sprawia ucisk na nerw, gdyż i wzdłuż tętnicy szyjowéj prawéj znachodziły się wrzecionowate rozszerzenia tejże. Nadto wykazali Brinton, Crisp, Zehender i inni, że tętniaki śródczaszkowe bardzo często się wydarzają.

Daléj poucza nas ten przypadek, że rzeczywiście zboczenie w osi gałki ocznéj ku wewnątrz i nieco ku górze przemawia za przyczyną śródczaszkową, t. j. za uciskiem w okolicy przebiegu nerwów mięśnie oka przebiegających, jakiego zaś ona rodzaju jest, tego niepodobna rozeznać za życia, jak to już wyżéj wspomniałem. Ostatecznie jeszcze przyczynia się przypadek ten do tém silniejszego potępienia metody Paraviciniego, którą słusznie i König w najnowszém wydaniu swego podręcznika odrzuca. Sposób ten jest nawet na trupie trudnym do wykonania, a cóż dopiero na żywym; nadto dał on w moim przypadku powód do ostrego gwałtownego zapalenia ropnego tkanki łącznéj i stał się przez to przyczyną śmierci, tak jak to miało miejsce w przypadku opisanym przez Nicoladoniego. Jeżelibym się więc kiedy jeszcze zdecydował na odszukiwanie tego nerwu bez naruszenia kości żuchwowéj, to chyba sposobem opisanym przez Lückego i Sonnenburga, t. j. od zewnątrz po za kątem szczęki dolnéj, przy zwieszonéj głowie, gdyż nie obraża się natenczas błony śluzowéj i ma się możność zastósowania antyseptyki; chociaż i o tym sposobie powiedzieć muszę, że jest również nader trudnym i mozolnym, o czém się każdy na trupie przekonać może.

Jakież było moje zdziwienie, kiedy pisząc te słowa dostałem do ręki Nr. 38 tegorocznéj *Medycyny*, gdzie Dr. Perkowski nietylko że gorąco zachwala ów sposób ale nazywa go swoim, przez siebie wynalezionym sposobem. Bardzo to dobrze świadczy o samodzielności Dra Perkowskiego i jego wiadomościach z anatomii — lecz dla Boga jak najgorzéj o znajomości literatury najnowszéj. A gdzież przypadki Meusla, Menzla, Billrotha, Mosetiga a przed innymi Szeparowicza, który ostatni był umieszczonym w Przeglądzie Lekarskim?

2) Szymon A., lat 60 liczący, wieśniak ze Szląska pruskiego, cierpi od lat 6 na bóle w okolicy szczęki dolnéj po stronie lewéj, powtarzające się po kilkadziesiąt razy w ciągu doby. Przed dwoma laty był operowanym we Wrocławiu i pokazywał nam bliznę na brodzie świadczącą o tém, że musiał być resekowanym nerw bródkowy (*n. mentalis*). Skutek dobry po téjże operacyi utrzymywał się tylko przez pół roku. Rozpromieniania na inne gałęzie nie było żadnego, a ucisk na nerw dolnoszczękowy wywoływał natychmiast napady. Nauczony doświadczeniem z poprzedniego przypadku postanowiłem odsłonić nerw w samym kanale kostnym. Po zachloroformowaniu wykonałem cięcie kątowate na brzegach zewnętrznych gałęzi szczęki dolnéj, oddzieliłem mięsień żwacz i odsłoniłem przednią powierzchnię gałęzi szczęki dolnéj, a po

wydłutowaniu otworu sięgającego do kanału dolnoszczękowego wyciąłem 1cm. z nerwu tamże przebiegającego. Opatrunek antyseptyczny. Po operacyi utrzymywały się bóle przez kilka dni, chociaż w mniejszym stopniu niż przedtém. O dalszym losie chorego nic mi nie wiadomo, gdyż tenże przypisując wczesnemu zagojeniu rany powrót bólów po pierwszéj operacyi opuścił zakład w kilka dni po operacyi, pomimo przedstawienia mu, że to sprawę tylko pogorszyć może.

3) Józef S., lat 52 liczący, wieśniak, cierpi na nerwobóle od lat 16tu. Z początku przychodziły napady rzadko, w ostatnich czasach często, tak że w ciągu doby przypada od 7miu do 20tu napadów bardzo silnych po kilka minut trwających. W czasie napadu chory nic mówić nie może, ślinienie znaczne. Chory nie może oznaczyć, zkąd ból bierze początek, a przy badaniu wywołać można napad tak uciskając na nerwy podoczodołowe po obu stronach, jako też na nos, na czoło lub szczękę dolną przy wejściu w nią nerwu. Dopiero po kilkakrotném zastrzyknięciu morfinu ustąpiły bóle rozpromieniane a pozostał tylko jeden punkt bolesny, t. j. miejsce wyjścia nerwu podoczodołowego prawego. Skonstatowawszy to wykonałem mu w dniu 8 lutego b. r. neurektomiję nerwu podoczodołowego sposobem Wagnera, t j. z podniesieniem gałki ocznéj i wydłutowaniem górnéj ścianki kanału podoczodołowego. Rezultat operacyi był wyśmienity. Rana zagoiła się w 2 tygodniach, a w tymże czasie nie było ani jednego napadu.

4) W czerwcu b. r. zgłosiła się do mnie młoda panna uskarżająca się na dokuczliwy ból w prawym policzku i w okolicy prawego stawu żuchwowego, trwający już od 3ch miesięcy, przeciw któremu przeróżnych środków bez skutku używała. Przypomniawszy sobie sposób Richeta w ostatnich czasach ze skutkiem używany przez Dra Perkowskiego (*Medycyna* 1880, 40) wykonałem jéj przecięcie gałązek nerwu usznoskroniowego za pomocą małego lecz dosyć głębokiego cięcia między tętnicą a przeciwskrawkiem ucha. Krwawienie nieznaczne, natychmiastowe ustąpienie bólu. Po trzech tygodniach widziałem pacyjentkę zupełnie zdrową.

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran

Skreślił Dr. Jan Mikulicz
asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Po tych wszystkich naszych doświadczeniach możemy bezsprzecznie twierdzić, że na tkanki gruźlicą dotknięte jodoform swoisty wpływ wywiera, tj. zmienia takowe w zdrowe tkaniny i w ten sposób niejako działa przeciw gruźlicy.

Może nam zarzucą, że tak w naszych jakoteż w przypadkach Mosetiga zawsze najprzód w drodze operacyi (odpiłowaniem lub wypróżnieniem) wydalono gąbczaste masy a dopiero potém stósowano leczenie jodoformem, tak, że jodoformowi chyba tę zasługę przypisać należało, iż on tylko rychłe recydywy powstrzymuje. Lecz i my początkowo nad tém zastanawialiśmy się i stósowaliśmy jodoform w kilku przypadkach wprost na gąbczastą ziarninę i na błonę gruźlicową ropni. Jednak i tu okazał się ten sam swoisty wpływ tego leku, gdyż pod nim zwolna wytwarzała się czysta ziarnina. Jeżeli zatém tego sposobu leczenia nie zalecamy, to powodem tego jest nader powolne gojenie się, jeżeli przedtém nie wydalono gąbczastych mas sposobem mechanicznym.

Działanie bowiem jodoformu jest według naszych doświadczeń wyłącznie miejscowe, tj. ogranicza się ono tylko do tkanek, z któremi w bezpośredniém zetknięciu zostaje. Mosetig miał uważać w kilku przypadkach i działanie w dal, tj. wpływ jodoformu na odległe ogniska zaniemożenia, czego jednak potwierdzić nie jesteśmy w stanie. W kilku przypadkach widzieliśmy nawet tworzenie się ogniska gąbczastego w najbliższém sąsiedztwie zastósowanego jodoformu. Również nie byliśmy w stanie zauważyć ogólnego działania przeciwgruźliczego; podczas leczenia jodoformem umarł nam jeden chory z gruźlicy płucnéj, a drugi z gruźlicowego zapalenia opon mózgowych.

Jak z jednéj strony działanie jodoformu jest czysto lokalne, tak też ma ono swoje granice co do czasu; albowiem jodoform działa dopóki jest w bezpośredniém zetknięciu z tkanką, nie chroni jéj przeto przed recydywą, jak tego niestety kilkakrotnie doświadczyliśmy. Powiadam „niestety“, albowiem mieliśmy z początku tę śmiałą nadzieję, że skutkiem leczenia jodoformem każda gąbczasta zmiana raz na zawsze zostaje wykluczoną. Nie śmiem i tego przemilczeć, że jest dość wiele ciężkich przypadków próchnienia kości i stawów, opierających się stanowczo także leczeniu jodoformem; wprawdzie pojawia się początkowo wyraźne polepszenie, występuje czysta ziarnina, wydzieliny zmniejszają się, lecz rana nie goi się ostatecznie. Kładę na to wyraźnie nacisk, aby się nie dano omamić zbyteczną wiarą w jodoform i nie leczyć nim konserwatywnie całkiem spruchniałych stawów u osób wynędzniałych, zamiast takowe amputować .... *sunt certi denique fines:* ma też i leczenie jodoformem swoje granice.

Co się zaś tyczy technicznéj strony, to muszę jeszcze zauważyć, że od czasu owych dwóch śmiercią zakończonych przypadków zatrucia jodoformem unikamy skrupulatnie stósowania znaczniejszych ilości jodoformu a szczególnie po operacyjach w skutek gruźlicy kości i stawów, a ostrożność ta tém bardziéj jest obecnie na miejscu, ile że ostatniemi czasy nadchodzą także i zkądinąd sprawozdania o zatruciach jodoformem [1]). Obecnie wypełniamy większe rany nie jak Mosetig proszkiem jodoformowym, lecz gazą jodoformową i podsypujemy pod nią co najwięcéj cienką tylko warstwę jodoformu. Skutek jest jednakowy. W najgorszym razie potrzeba tu i owdzie częstszej zmiany opatrunku; za to jednak unika się tém pewniéj zatrucia, gdyż od owego czasu nie spostrzegliśmy już żadnych groźnych objawów działania jodoformu.

Jodoform okazuje się skutecznym środkiem dla swego przeciwgruźlicowego działania nietylko w opatrywaniu ran, ale także w innéj formie zastósowania, o czém radbym jeszcze parę słów dodać.

I tak naprzód używałem jodoformu do wstrzykiwań miąższowych w świeżych przypadkach gąbcza-

[1]) Henry (Wrocław) (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1881, Nr. 34). Dla zaspokojenia czytelnika muszę przytoczyć, że w dwóch przypadkach Henryego chodziło o zastosowanie ogromnych ilości jodoformu; w pierwszym przypadku zaaplikowano 100 do 150, a w drugim 150 do 200 gramów jodoformu.

stego zapalenia stawów i osiągnąłem niemi zadowalające skutki. Używałem do tego rozczynu eterowego (1 : 5) i wstrzykiwałem w gąbczaste masy i w staw po $^1/_2$ strzykawki Pravaza dwa razy tygodniowo. Wstrzyknięcie takie wywołuje żywy, lecz krótko trwający, ból, któremu towarzyszy częstokroć lekkie oddziaływanie (większe opuchnienie i czułość). Lecz w 3ch przypadkach, w których téj metody doświadczałem, spostrzegłem, że już po 4éj strzykawce obrzmienie szybko opadało, bóle się zmniejszyły, a po 4 do 5 tygodniach zeszło obrzmienie na stawach zupełnie. W dwu przypadkach chodziło o zapalenie stawu kolanowego, a w jednym o zapalenie stawu stopowego. Zalecilbym ten sposób leczenia tylko w świeżych, tj. w takich przypadkach guza białego, w których jeszcze nie przyszło do ropienia.

Daléj używałem jodoformu w postaci zawiesiny (1 część jodoformu, 8 części gliceryny i 4 części *ol. olivarum*) w kilku przypadkach ropni ściekowych. Wypróżniłem ropień aspiratorem Dieulafoya o ile możności zupełnie, potém wstrzyknąłem tą samą strzykawką 50 do 120 gramów wyżwspomnianéj emulsyi i założyłem silny opatrunek uciskowy paskami sparadrapu. Chorzy wytrzymali ten proceder doskonale i byli w stanie natychmiast wrócić do swego zajęcia; chodziło najczęściéj o ropienie na udzie. W kilku przypadkach powtórzyłem powyższe postępowanie; w innych razach jednak wystarczyło jedno wypróżnienie i nastrzyknięcie, aby ropnie grożące pęknięciem usunąć; czy wyleczenie było trwałe, nie mogę twierdzić, ponieważ obserwacyja trwała ledwie 3—4 miesięcy. Zalecilbym ten sposób leczenia szczególnie w przypadkach ropienia ściekowego, pojawiającego się nie rzadko na udzie, które choremu nadzwyczaj zawadzają, a których dotychczas rzadko który chirurg dotknąć się ważył.

Wreszcie wspomnę tu o tém, żeśmy w klinice w jednym przypadku jątrzącego liszaja żrącego uważali podobne działanie swoiste, jak w naciekach gruźliczych, lecz zdaje się, że i w tych razach działanie jodoformu jest tylko czysto lokalne, tak, że na głębsze nacieki żadnego wpływu nie widać. Obszerniejsze doświadczenia pod tym względem robił ostatniemi czasy Dr. Riehl w klinice prof. Kaposi'ego we Wiedniu.

Jeżeli tedy rzucimy okiem na nasze dotychczasowe doświadczenia co do wartości jodoformu jako środka opatrunkowego w leczeniu ran, możemy wynik tychże zestawić w następujących twierdzeniach:

1) We wszystkich przypadkach, gdzie chodzi o bezpośrednie zastósowanie jakiegoś środka przeciwgnilnego na ranę, jodoform jest najlepszym środkiem i pod tym względem zasługuje na pierwszeństwo przed wszystkiemi innemi środkami przeciwgnilnemi.

2) Opatrunek jodoformowy we formie powyż podanéj jest w stanie zupełnie zastąpić opatrunek Listerowski gazą jodoformową, a dla swéj prostoty i pewności zasługuje na pierwszeństwo przed Listerowskim.

3) Leczenie jodoformem można nawet w takich przypadkach stósować, gdzie metody Listerowskiéj dotychczas nie było można użyć; dopiero za pomocą jodoformu rozszerzyliśmy pole ściśléj *antisepsis* na wszystkie możliwe rany.

4) Na rany i wrzody już zakażone działa jodoform szybciéj i pewniéj niż inne środki przeciwgnilne, nie drażniąc bynajmniéj tkanek.

5) Na nacieki kilowe, gruźlicze, zołzowe i liszaju żrącego działa jodoform, nietylko przeciwgnilnie, ale nadto w sposób swoisty.

Zważywszy tedy to wszystko, sądzę, że zupełnie będę wytłumaczonym, jeżeli zakończę twierdzeniem, iż wprowadzenie jodoformu do leczenia ran stanowi największy postęp, jaki uczyniła chirurgija od czasu ogloszenia metody przeciwgnilnéj Listera.

III. O napełnianiu wód żelezistych.

Przez Dra K. Olszewskiego,
Prof. Uniw. Jagiell.

Wiadomo, że wody mineralne żeleziste przechowywane we flaszkach, nawet szczelnie zakorkowanych, po niejakim czasie tracą częściowo lub całkowicie żelazo, które wydziela się w postaci wodnika żelazowego jako osad ceglasty lub téż jako powłoka na ścianach flaszki. Pierwotnie przypisywano wydzielanie się wodnika żelazowego utracie kwasu węglowego, lub téż utrzymywano, że węglan żelazawy znajduje się w różnych wodach żelezistych w różnym stanie połączenia, w skutek czego jedne wody łatwiéj, inne trudniéj żelazo wydzielają. Vetter jednak wykazał pierwszy, że woda zawierająca w wielkiéj obfitości kwas węglowy wolny może utracić całkowicie żelazo z rozczynu w skutek działania powietrza, a mianowicie tlenu w powietrzu zawartego. Sole żelazawe w ogólności zamieniają się łatwo przez działanie tlenu w sole żelazowe; ponieważ zaś wodnik żelazowy z kwasem węglowym nie wchodzi w związek, więc wydziela się w postaci osadu ceglastego. Otóż wody żeleziste stykają się już w samym zdroju z powietrzem, jeżeli nie wywiązuje się z wody dość obfita ilość kwasu węglowego, któraby ją chroniła od zetknięcia z powietrzem. Następnie podczas czerpania i nalewania wody do flaszek styka się ona znaczną powierzchnią z powietrzem i zagęszcza w sobie takowe. Pamiętać również należy, że ciała stałe, a więc i wewnętrzne ściany flaszki, zagęszczają na powierzchni powietrze, które nie łatwo wydaloném być może. Jeżeli nadto po zakorkowaniu zostawi się we flaszce trochę powietrza pod korkiem, natenczas woda taka może zawierać taką ilość tlenu, która wystarczy do całkowitego wydzielenia żelaza z rozczynu.

Łatwo obliczyć można ilość powietrza potrzebną do całkowitego wydzielenia żelaza w jednéj flaszce wody mineralnéj. I tak biorąc np. nasze krajowe wody żeleziste otrzymamy następujące wypadki:

Jeden litr wody Żegiestowskiéj zawiera według mego oznaczenia 0·029 gm. FeO,CO_2 czyli 0·018 gm. FeO. W jednéj flaszce około 600 c. sz. pojemności mieści się zatém 0·011 gm. FeO, która to ilość wymaga tylko 4·15 c. sz. powietrza do całkowitego utlenienia się na Fe_2O_3.

Jeden litr wody Krynickiéj zawiera (również według mego oznaczenia) 0·023 gm. FeO,CO_2 czyli 0·014 gm. FeO; w jednéj flaszce mającéj około 600 c. sz. pojemności znajduje się więc 0·0084 gm. FeO, która to ilość wymaga tylko 3·17 c. sz. powietrza do całkowitego wydzielenia się z rozczynu.

Ponieważ tak małe ilości powietrza wystarczają do zupełnego wydzielenia żelaza z wody żelezistéj, należałoby przeto w celu zabezpieczenia wody od rozkładu wykluczyć zupełnie przystęp powietrza. Znane metody napełniania wód

żelezistych zmierzają rzeczywiście do tego, nie można jednak powiedzieć, że wszystkie ten cel osiągnęły.

Ze znanych metod napełniania wód żelezistych zasługują na uwagę: metoda Hechta, metoda igiełkowa i metoda Freseniusa.

Metoda Hechta, mająca zastósowanie w Krynicy, polega na tém, że flaszki wypełnia się wodą żelezistą przy pomocy leja blaszanego i rurek cynowych sięgających aż do dna flaszek, w chwili zaś korkowania wypełnia się próżną przestrzeń znajdującą się pod korkiem, kwasem węglowym wywięzującym się ze zdroju, który na ten cel zagęszczany bywa w obszernych balonach miedzianych.

Metoda igiełkowa, używana w Żegiestowie, polega na tém, że po napełnieniu flaszek wodą czerpaną ze zdroju korkuje się takowe w ten sposób, że obok korka wsuwa się igiełka czyli blaszka mosiężna zaopatrzona w rowek. Przez ten rowek wytryska woda wypchnięta korkiem, tak że po wyjęciu igiełki nie pozostaje pod korkiem albo wcale nic powietrza albo téż tylko bardzo maleńka bańka.

Fresenius po wielu próbach i badaniach czynionych z wodą Schwalbachską podał następujący sposób napełniania wód żelezistych: Flaszkę napełnia się najprzód wodą przez zanurzenie w zdroju, następnie odwraca się ją otworem na dół i zakłada na otwór leja blaszanego umieszczonego na dnie zdroju tak, że jego otwór zostaje pod zwierciadłem wody. Po wypełnieniu się flaszki kwasem węglowym wywięzującym się ze zdroju odwraca się ją napowrót otworem do góry nie wyjmując jednak takowego nad powierzchnię wody i ustawia na dnie zdroju. Kiedy się flaszka wypełni wodą bez przystępu powietrza, korkuje się takowa, wydalając powietrze znajdujące się pod korkiem za pomocą kwasu węglowego przy pomocy wspomnianego leja.

Pomijam metody polegające na dodawaniu do wody żelezistéj ciał zapobiegających wydzielaniu się żelaza jakoto: podsiarczynu sodowego lub kwasu cytrynowego, ponieważ te ciała zmieniają skład wody w sposób niekorzystny i zatracają jéj ważną cechę naturalnéj wody żelezistéj.

Z powyżéj opisanych metod, metoda Freseniusa według zdania znakomitego autora tejże, zapobiega rzeczywiście wydzielaniu się żelaza, ponieważ napełnianie odbywa się bez przystępu powietrza a przez poprzedzające wypełnienie flaszki kwasem węglowym powietrze zagęszczone na zewnętrznych ścianach flaszki w skutek dyfuzyi przez tenże kwas bywa zastąpione. Jednakowoż metoda Freseniusa wymaga tyle zachodów i czasu, tak jest niewygodną przez ustawiczne nachylanie się robotników nad zdrojem w atmosferze napełnionej kwasem węglowym, jakotéż przez ciągłe nurzanie flaszek w zdroju i poruszanie dna zdroju, w skutek czego woda łatwo się mąci, że do napełniania na większą skalę wcale nie jest odpowiednią i z tego powodu tylko wyjątkowe znajduje zastosowanie.

O ile zaś metoda Hechta i metoda igiełkowa zapobiegają wydzielaniu się żelaza można się przekonać z następujących oznaczeń żelaza, które w różnych czasach wykonałem w wodzie Krynickiéj, Żegiestowskiéj i Francensbadzkiéj.

1) Oznaczenie żelaza w wodzie Żegiestowskiéj we flaszkach napełnianych metodą igiełkową, nadesłanych do Komisyi balneologicznéj w r. 1877 przez właściciela Żegiestowa.

W 1.000 gm. téj wody znaleziono:

Składników stałych	1·4584 gm.
Węglanu żelazawego w roztworze	0·0044 gm.
Tlenku żelazowego wydzielonego na ścianach flaszki	0·0165 „
odpowiadające FeO,CO_2	0·024 „

2) Oznaczenie żelaza w wodzie Krynickiéj we flaszkach napełnianych przez Dra Zieleniewskiego w r. 1878.

a) Woda Krynicka napełniana metodą Hechta dnia 24/5 1878, badana dnia 11/8 1878, zawierała w 1000 c. sz. 0·002 gm. FeO,CO_2 w rozczynie, reszta zaś, t. j. około 0·20 gm. FeO,CO_2 wydzieliło się na ścianach flaszki.

b) Woda Słotwińska napełniana metodą igiełkową dnia 17/7 1878, badana dnia 11/8 1878 zawierała w 1000 c. sz. 0·012 gm. FeO,CO_2 w rozczynie, resztę zaś t. j. około 0·010 gm. FeO,CO_2 wydzieliła się na ścianach flaszki. W drugiéj flaszce, tak samo napełnionéj, znaleziono tylko 0·006 gm. FeO,CO_2 w rozczynie.

3) Oznaczenie żelaza w wodzie Krynickiéj, Żegiestowskiéj i Francensbadzkiéj kupionéj w handlu Wentzla 11 lipca 1881.

a) Woda Krynicka, napełniana metodą Hechta, zawierała na 1000 c. sz. 0·0013 gm. FeO,CO_2 reszta zaś, t. j. około 0·020 gm. FeO,CO_2, wydzieliła się na ścianach flaszki.

b) Woda Żegiestowska, napełniana metodą igiełkową, zawierała na 1000 c. sz. 0·017 gm. FeO,CO_2 w rozczynie, reszta zaś, t. j. około 0·012 gm., wydzieliła się na ścianach flaszki.

c) Woda Francensbadzka nie zawierała wcale żelaza w rozczynie lecz wszystko w osadzie.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Buchner: Skutki dwoinek w ustroju żywym.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Doniosłe znaczenie umiejscowienia chorób zakaźnych występuje na jaw w wyborze leczenia ich odpowiedniego. Jak wiadomo, posługujemy się przeciw dwoinkom dwoma rodzajami środków. Jedne z nich przeszkadzają mnożeniu dwoinek w sposób bezpośredni, działając trująco, oczywiście nie tylko na nie, lecz i na tkanki ustrojowe, w których one tkwią [1]. Drugie wywierają wpływ dla dwoinek niekorzyrzystny tylko pośrednio, zwiększając opór tkanek przeciw ich mnożeniu się. Otóż niektórzy teoretycy radziby pierwsze z wymienionych leków uznać za radykalne w chorobach zakaźnych, i sądzą, że dosyć jest napoić jednym z nich cały ustrój zwierzęcy, aby go obronić od dwoinek. Co do jakości leku tudzież zgęszczenia potrzebnego w tym celu, to chcieliby stosować kwas będźwinowy w stosunku 1‰ na téj zasadzie, że w doświadczeniach ze znaną pożywką Pasteura dodatek taki zapobiega rozpłodowi dwoinek. Klebs, główny przedstawiciel tego kierunku, bierze za podstawę obrachunku tylko ilość krwi, chociaż środki, o których rzecz, wprowadzone do ustroju, nie ograniczają się przecież do krwi, lecz wnikają w soki tkanek. Przypuściwszy atoli, że

[1] Zowiemy je pospolicie przeciwgnilnemi *(antiseptica)*, nazwa ta atoli jest za szczupłą dla pojęcia, które ma wyrażać. Stosuje się bowiem nietylko do tego rodzaju dwoinek, które sprawiają gnicie w znaczeniu właściwém, lecz i do innych rodzajów, wywołujących odmienne od gnicia sprawy.

dałyby się ograniczyć tylko do krwi, to jeszcze musiałyby chybić często celu, ponieważ krew w nielicznych tylko chorobach bywa siedzibą przyrzutu, to jest miejscem, gdzie takowy się rozmnaża. Na każdy więc sposób należałoby poddać dezinfekcyi nie tylko krew, lecz i całą ilość soków wypełniających tkanki. Gdybyśmy te zaś ocenili tylko na 65% ciężaru ciała, to dla człowieka ważącego 62 kil., potrzebaby nie mniéj jak 42 grm. kwasu będźwinowego, chcąc osiągnąć zgęszczenie 1‰. Nie dość na têm, owych 42 grm. nie możnaby zadawać częściowo, np. w ciągu jednego dnia, chodzi bowiem przecie o to, aby otrzymać chociaż takie zgęszczenie, które w pożywce Pasteura nie zabija wprawdzie dwoinek, ale przynajmniéj zapobiega ich mnożeniu się. Chcąc zaś osiągnąć taki skutek, trzebaby co najmniéj podwiązać wprzód nerki, celem zapobieżenia wydzieleniu lekarstwa, a następnie całe 42 grm. wlać naraz do naczyń! Żołądek bowiem i kiszki nie byłyby w stanie wessać tak znacznéj ilości.

Przykład powyższy wystarczy zapewne, aby wykazać że dezinfekcyja całego ustroju nie da się osięgnąć nawet za pomocą tak dzielnego środka, jakim jest kwas będźwinowy. Lecz to jeszcze jest pomniejszy zarzut. Drugi jest ważniejszy, odnosi się bowiem do saméj zasady powyższych usiłowań leczniczych. Te mają na względzie tylko przyrzut, a spuszczają zupełnie z uwagi tkanki same. Tymczasem, bacząc na ostatnie, należy potępić z góry wszelkie leczenie przeciwzakaźne, które, działając za pośrednictwem krwi i soków tkankowych, ma na celu ustrój cały. Wszelkie bowiem znane środki przeciwzakaźne szkodzą daleko więcéj komórkom ludzkim niż dwoinkom, które z pomiędzy wszystkich ustrojów odznaczają się najtwardszém życiem. Miejscowo (np. na ranę) można bez wątpienia działać silnie środkami przeciwzakaźnemi, warstwy bowiem komórek na działanie ich wystawione, stoją w związku z tkanką prawidłową i pobierają od niéj krew i soki niezmienione: okoliczność, która utrzymuje ich żywotność, i nie dozwala nasiąkać istotami szkodliwemi. W najgorszym zaś razie strata kilku warstw komórek, lekiem wyrządzona, jest dla ustroju jako całości małego znaczenia. Stosowanie więc na ranę środków przeciwzakaźnych, jeśli nie przekracza pewnéj miary, nie przeszkadza tworzeniu się tkanki nowéj i sprawia gojenie w ogóle. Całkiem zaś rzecz się ma inaczéj, gdy lek zatruł źródło odżywiania, z którego komórki czerpią materyjał do swych czynności żywotnych. W takim bowiem razie komórki owe (przy dezinfekcyi ogólnéj ustrój cały) muszą zginąć daleko prędzéj, zanim leki przeciwzakaźne dojdą do stopnia zgęszczenia, szkodliwego dwoinkom. Lecz i taka nawet ilość leku przeciwzakaźnego, która nie uśmierza tkanek, nie jest wcale bez niebezpieczeństwa dla przebiegu sprawy chorobowéj. Może się bowiem stać szkodliwą w sposób pośredni mianowicie ten, że **gdy lek przeciwzakaźny zostanie wydzielonym z ustroju, znika ochrona, jaką dawał przeciw dwoinkom, pozostaje zaś skutkiem zatrucia tkanek, przezeń sprawionego, zmniejszenie siły ich oporu, co czyni je przystępniejszemi dla dwoinek.** Że tak się dzieje, nie jest prostym domysłem, liczne bowiem doświadczenia różnych badaczy stwierdziły zgodnie, że wprowadzenie do ustroju zwierzęcego środków przeciwgnilnych dawało pochop do rozmnożenia się w nim dwoinek gnilnych, aczkolwiek dowóz ich z zewnątrz bywał wstrzymanym. Zkąd one się w ustroju wzięły, łatwo odgadnąć. Podobnie jak przyrzuty chorobowe wnikają w nasze soki i tkanki przez płuca lub kiszki, tak samo i dwoinki gnilne dostawać się muszą ciągle do krwi, a z niéj do wszystkich narządów, gdzie atoli w warunkach prawidłowych giną. Tak więc stosowanie środków przeciwzakaźnych, czy to na rany czy na powierzchnię dróg oddechowych, czy wreszcie na wewnętrzne narządy, wspiera właśnie to, czemu zapobiedz miało, jeżli tylko jest **przemijającém**. Przeciwnie zaś chirurgija zawdzięcza wielki postęp ostatnich lat tylko ciągłemu działaniu przeciwzakaźnemu. W téj metodzie stosowania tkwi zasadnicza różnica, jaka zachodzi między zbawiennością środków przeciwzakaźnych w chirurgii a szkodliwém najczęściéj ich działaniem w leczeniu wewnętrznêm. Tam pewną, ograniczoną część tkanek chronimy bez krzywdy całego ustroju tak długo przed dwoinkami za pomocą opraw przeciwzakaźnych, aż tkanka nabędzie prawidłowéj siły oporu przeciw ich napaści. Im więcéj ta siła się wzmaga, têm słabszego potrzeba działania przeciwzakaźnego. Na têm właśnie polega wielka zasługa Listera, że dowiódł, jak małe ilości środków przeciwdwoinkowych wskazane są wśród warunków korzystnych, aby odbudowie tkanki jak najmniéj wadziły. Dla tego téż metoda Listerowska okazuje się bezsilną tam, gdzie siła oporu tkanek zupełnie znikła. Przykład tego dają nam procesy zgorzelinowe chorych na cukrówkę *(diabetes)*, gdzie żadna metoda przeciwzakaźna postępu zniszczenia wstrzymać nie może.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Rossbach: O użyciu papajotynu jako środka rozpuszczającego błony wrzekome.

Mamy już papajotyn w Krakowie i zapewne niejeden z kolegów zechce spróbować tego środka w walce z błonicą; streszczam wyniki doświadczeń Rossbacha w przekonaniu, że mogą one być teoretyczną podstawą do klinicznego zastósowania papajotynu.

Doświadczenia: 1) Przeżuwając kawałek papajotynu otrzymujemy smak kredy; rozczyn 20% jest również smaku nijakiego. Papajotyn nie zmienia w niczém przybłonka jamy ustnéj.

2) Kawałek płuca królika namoczony w rozczynie 20% papajotynu, nawet po wielu dniach nie ulega zmianie, prócz utraty barwy i pewnego skurczenia się.

3) Przeciwnie rzecz się ma z kawałeczkiem (0,13) mięśnia, namoczonym w tymże samym rozczynie papajotynu, gdyż po upływie pół godziny rozkłada się on na włókienka.

4) Znaczny kawałek błony wrzekoméj, wydobyty z tchawicy po tracheotomii, rozpuścił się w 20% rozczynie papajotynu na drobne cząsteczki, które już po godzinie na dno naczynia opadły. Po 6 godzinach błona i rzeczone cząsteczki zupełnie znikły, a ciecz stała się zupełnie przeźroczystą.

5) W rozczynie 40% błona wrzekoma ulega nader nieznacznemu rozpuszczeniu.

6) Rozczyn ogrzany nie działa dzielniéj od chłodnego.

7) Równéj wielkości kawałki błony wrzekoméj były zamaczane w wodzie wapiennéj i w rozczynie bromowym *(Bromii 0,25, Kalii bromati 1,0, Aq. destill. 10.0)*. Woda wapienna rozpuściła kawałek błony wrzekoméj w końcu trzeciego dnia; w rozczynie bromowym błona nie uległa zmianie w ciągu 6 dni.

Po wyczerpaniu całego zapasu papajotynu Rossbach robił dalsze doświadczenia z sokiem *Carica papaya*, który ma smak gorzkawy, kolor brunatny, rozpuszcza się tylko w wodzie zimnéj (1:8); rozczyn ten ma nader słabe dzia-

łanie rozpuszczające na błony wrzekome. Rozczynu tego soku *Carica papaya* (1:8) próbował Rossbach u dziecka chorego na ciężką błonicę; pędzlowano połyk co 5 minut, działanie rozpuszczające błony było bardzo znacznem, na nieszczęście zapalenie płuc zabiło dziecko i uniemożebniło wydanie jakiegoś uzasadnionego sądu o przyszłości *Carica papaya* w terapii błonicy. *(Revue de medecine*, październik 1881).

Dr. Kwaśnicki.

Guttmann i Smidt: **Częstość i znaczenie przybłonków pęcherzyków płucnych w plwocinie.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Wśród jakich chorób miąższu płucnego znajdujemy przybłonki płucne w plwocinie?

Należą tu najprzód odma, ociekIina i zawał krwawy płuc. W świeżéj odmie płuc bardzo mało można znaleźć przybłonków płucnych w wodnistéj plwocinie. Dla napęcznienia przybłonków niekonieczną jest zmiana zapalna w pęcherzykach, wystarcza tu zetknięcie się ich z płynem. Zetknięcie to musi jednakże trwać przynajmniéj kilka dni; dla tego to w bardzo wczesnym okresie odmy płucnéj przybłonki te poawiają się w plwocinie tak rzadko, i to po części tylko zwyrodniałe tłuszczowo. Im dłużéj trwa odma, tém przybłonki w plwocinie stają się obfitsze, tém częściéj téż spotykamy je podległe silnemu zwyrodnieniu myelinowemu. Tu należy przytoczyć zdanie naszych autorów, że myelinowe zwyrodnienie przybłonków pęcherzyków płucnych nie jest bynajmniéj charakterystyczną dla jakiéjkolwiek choroby płuc, jak to zdaje się przypuszczać Buhl. Myelinowo zwyrodniałe przybłonki płucne znajdujemy tak w zapaleniu płuc dławcowém jak i w suchotach, tudzież we wszystkich niezapalnych zmianach miąższu płucnego a nawet i we wszystkich przypadkach, w których przybłonki płucne pojawiają się w plwocinie, a więc niekiedy i u ludzi zdrowych. Jeden tylko do tego potrzebny jest warunek, mianowicie oddzielenie przybłonków od ich tkanki macierzystéj i pozostawanie ich dłuższy czas w tym stanie, dopóki nie zostaną wykrztuszone.

Wśród ociekliny płucnéj (w przebiegu duru brzusznego i osutkowego) podczas wysokiéj gorączki chorzy albo wcale nic nie odkrztuszają, lub téż odrzucają plwocinę ropną, rzadko gdzieniegdzie komórkę przybłonkową z pęcherzyków płucnych zawierającą. W ozdrowinach zaś plwocina staje się skąpszą, białawo przeświecającą. Drobnowidowo wykazać można, że plwocina ta składa się przeważnie z przybłonków płucnych, w znacznéj części myelinowo zwyrodniałych. Plwocina ta odpowiada Buhlowéj *pneumonia desquammativa*, a występuje według naszych autorów wszędzie, gdzie istnieją warunki do oddzielenia się i pęcznienia przybłonków płucnych bez większéj domieszki ciałek ropnych.

W zawale krwawym plwocina cechuje się jednostajném zmięszaniem ciałek krwi z przybłonkami pęcherzyków płucnych. Ztąd téż te częściéj niż w zapaleniu płuc dławcowém zawierają czerwone ciałka krwi lub téż są rdzawo zabarwione.

Szczególnego rodzaju plwocinę uważali autorzy u pijaka z lekką tylko rozedmą płuc. Skąpa, szaro przeświecająca plwocina, wykrztuszana po większéj części rano, pokryta była rdzawemi punkcikami, które się pod drobnowidem okazały jako przybłonki pęcherzyków płucnych zawierające ciałka krwawe.

Z pomiędzy zapalnych zmian miąższu płucnego plwocina chorych na zapalenie płuc dławcowe okazuje według autorów podczas całego przebiegu choroby przybłonki płucne. Zdanie zatém Thierfeldera, jakoby w chorobie téj przybłonki płucne nie ulegały zmianie, jest mylném. Nawet w czasie ozdrowin, gdy fizycznie nie można już wykazać resztek zapalenia, w skąpéj plwocinie znaleźć można liczne przybłonki płucne. Najwięcéj przybłonków znajduje się w szarych częściach plwociny, znacznie mniéj w częściach rdzawych lub cytrynowo-żółtych. W pierwszych dniach zapalenia przybłonków jest stosunkowo mało, po większéj części są tłuszczowo zwyrodniałe; po kilku już dniach, a przedewszystkiém w ozdrowinach, przeważa zwyrodnienie myelinowe.

W zapaleniu opłucny o tyle znaleźć można w plwocinie przybłonki płucne, o ile czynność płuca upośledzona jest przez przekrwienie bierne, ucisk, wytworzenie tkanin modzelowatych itd. W rannéj plwocinie można w takich razach wykazać przybłonki płucne, przeważnie myelinowo zwyrodniałe.

Co do suchót płucnych, to aczkolwiek cały szereg zmian patologicznych, począwszy od nieżytu szczytowego aż do wytworzenia jam w płucach, zdaje się bardzo sprzyjać pojawianiu się przybłonka płucnego w plwocinie, przecież często takowych nie znajdujemy. W plwocinie pochodzącéj z jam płucnych, gdy takowe wyścielone już są właściwą błoną, wykazać się daje prawie wyłącznie tylko ropa i masa rozpadowa; w okresie zaś szybkiego rozpadu, gdy wszystko prócz włókien sprężystych ulega zniszczeniu, nie ma oczywiście w plwocinie przybłonków pęcherzyków płucnych. Wyszukanie ich utrudnia zresztą towarzyszący silny nieżyt oskrzelowy.

Natomiast w wielkiéj ilości znajdują się przybłonki płucne w przypadkach tylko zapalnego lub surowiczego nacieku miąższu płucnego. Dotyczy to zwłaszcza uporczywego nieżytu szczytowego. Chory prawie niegorączkujący, z bardzo nieznacznemi objawami fizycznemi w szczytach płuc, odkrztusza z dnia na dzień, zwłaszcza rano, plwocinę skąpą ale przeważnie z przybłonków płucnych złożoną.

Podobnie ma się rzecz w tak zwanych zgęszczeniach szczytowych. Nieznaczne stłumienie, szmery oddechowe, może nieco osłabione lub nieoznaczone, z nielicznemi rzężeniami, których może nie dostawać zupełnie, brak gorączki, a przy tém w plwocinie częste przybłonki pęcherzyków płucnych. Według tego co się rzekło, nie może być mowy o rozpoznawaniu t. zw. *pneumonia desquammativa* Buhla na podstawie plwociny.

W przebiegu prostego nieżytu większych oskrzeli u indywiduów młodszych (nieprzekraczających wiekiem lat 30), zdaniem naszych autorów, plwocina nie zawiera przybłonków płucnych. W zajęciu drobnych oskrzeli przyłączają się rychło zboczenia w krążeniu w samym miąższu, nadto przez dostawanie się do pęcherzyków płucnych wydzieliny oskrzelowéj powstają warunki do pęcznienia i odpadania przybłonków płucnych. I w tych razach jednakże przybłonki płucne w plwocinie są tylko odosobnione i rzadkie. Jakież więc jest znaczenie rozpoznawcze przybłonków płucnych w plwocinie?

Przedewszystkiém wynika z poszukiwań Guttmanna i Smidta, że plwociny zawierające twory w mowie będące nie mają żadnego znaczenia patologicznego u osobników powyżéj lat 30, u młodszych zaś nie są bynajmniéj pa-

tognostycznemi dla pewnéj odrębnéj choroby, gdyż przybłonki płucne znaleźć można w plwocinie w przebiegu chorób płuc tak niezapalnych (odma, zawał krwawy, ocieklina płuc) jako i zapalnych (zapalenie płuc dławcowe, zapalenie opłucny), nareszcie i w przebiegu rozpoczynającego się nieżytu szczytowego oraz przewłocznego nacieku w szczytach płuc.

Jak najwcześniejsze rozpoznanie nieżytu w szczytach płuc jest nader wielkiéj wagi. Badanie fizyczne zwykle tu nie wystarcza; bo skoro takowe wykazuje już rzężenia, choćby nader nieliczne, to sprawa chorobowa przekroczyła już zazwyczaj okres pierwszy a istnieją już ogniska naciekowe; w razie zaś istniejącego stłumienia odgłosu naciek już musi być znaczniejszy. Gdzie już w plwocinie znajdujemy włókna sprężyste, tam już miąższ płucny ulega rozpadowi. Znacznie wcześniéj niźli włókna sprężyste pojawiają się w plwocinie przybłonki pęcherzyków płucnych. Jest to zjawisko bardzo naturalne, ponieważ sprawa suchotnicza rozpoczyna się w najdrobniejszych oskrzelikach i pęcherzykach płucnych, pojawianie się przybłonków płucnych w plwocinie (pęczniejących skutkiem nasiąknięcia wypociną i oddzielających się) musi być jednym z pierwszych objawów sprawy chorobowéj. Jeżeli zatém u osobnika młodego można wykluczyć wszystkie inne przyczyny pojawiania się przybłonków płucnych w plwocinie, to na podstawie takiéj plwociny jesteśmy uprawnieni do rozpoznania schorzenia miąższu płucnego.

W ten sposób kilkakrotne wykazanie w plwocinie większych ilości przybłonków płucnych ma znaczenie rozpoznawcze dla nieżytu szczytowego, tj. dla poczynającéj się sprawy suchotniczéj. *(Ztschrft f. klin. Med.* III, 1). *Dr. St. Smoleński.*

Dr. O. Unruh: **Przyczynek do patologii błonicy.**

Autor wychodząc z zasady, że błonica jest chorobą infekcyjną, w pewnéj liczbie przypadków lokalną, w innéj znów z lokalnego cierpienia do ogólnéj infekcyi prowadzącą, stawia sobie pytanie, ażali się da w przebiegu błonicy wynaleźć objaw dyjagnostyczny, z któregoby na pewne wnosić można o przejściu z cierpienia lokalnego do zakażenia ogólnego?

Obserwując 81 chorych na błonicę, szczególną na powyższe zadanie zwrócił uwagę i doszedł do przekonania, że ani obrzmienie gruczołów limfatycznych, miejscu cierpienia odpowiednich, (ono bowiem także w różnych cierpieniach nie infekcyjnych i nie ogólnych występuje), że ani gorączka, która w zwyczajném kataralném zajęciu migdałów dochodzić może do niezwykłéj wysokości i w błonicy saméj może być różnego nasilenia, że oba te więc objawy nie mogą być wyrazem pewnéj już infekcyi błonicowéj organizmu.

Udało mu się przecież znaleźć objaw, ogólnie znany, tylko, o ile literatura nas poucza, dyjagnostycznie nie spożytkowany. Tym objawem jest białkomocz, który inni autorzy albo za chorobę następową albo za komplikacyję błonicy uważali.

Tę niezgodność zapatrywań tłumaczy autor niesystematyczném badaniem moczu, które w praktyce dopiero bywa przedsiębrane w obec występujących obrzęków tkanin, a wiemy, że często w błonicy wśród białkomoczu już obecnego puchlin nie znajdujemy, ztąd także niezgodne zapatrywania się na częstość białkomoczu przy błonicy, jedni bowiem podają na 60%, drudzy na 10%.

Lecz nie o to chodziło autorowi, lecz o czas, kiedy on występuje, tj. jak długo trwa lokalna infekcyja, nim przyjdzie do białkomoczu, a zatém według jego zapatrywań do infekcyi ogólnéj.

Na podstawie swych obserwacyj oznaczył, że jeżeli czas odgraniczania się lokalnego cierpienia poza pewien termin się przeciąga, to wtedy niezawodnie występuje białkomocz i tak na 17 chorych wykazał, że jeżeli odgraniczanie się nie wystąpiło w 6ciu dniach, już białko w moczu było, i że we wszystkich przypadkach, w których odgraniczanie się potrzebowało więcéj niż dni 7, zawsze albuminuryja występowała.

Pewnik ten prognostyczne ma znaczenie, gdyż przy dłuższém trwaniu procesu lokalnego naprzód można być pewnym o nastąpić mającém zapaleniu nerek, które jednak według wszystkich prawie autorów dobrego rokowania nie wyklucza.

Reasumując wszystko wnosi U., że białkomocz jest pierwszą i jedynie pewną oznaką zaszłéj już ogólnéj infekcyi, że znajdziemy go w wszystkich przypadkach, w których już z innych objawów o ogólnéj infekcyi wnosimy, i że w obec braku albuminuryi rozpoznanie ogólnego zakażenia wykluczyć możemy, wyjąwszy przypadki z przebiegiem piorunującym (*Jahresbuch f. Kinderhlkunde* XVII T. 2 i 3 zeszyt 1881 r.) *Dr. Kułakowski.*

Prof. Mariano Semmola: **Leczenie miejscowe i ogólne nowotworów złośliwych zewnętrznie usadowionych.**

Na podstawie spostrzeżeń swoich podaje S. następny sposób leczenia nowotworów złośliwych, zwłaszcza w sutku. Igłę połączoną z ujemnym biegunem bateryi elektrycznéj wbija w nowotwór, drugi zaś biegun składający się z węgla obwiniętego w płótno przykłada się na sąsiednią część skóry. Sposób działania elektrolizy może być trojaki: 1) W otoczeniu wbitéj igły powstają ogniska zapalne, które przez następową zmianę w tkankę łączną prowadzą do zupełnego zbliznowacenia nowotworu, albo 2) prąd elektryczny wywołuje zamianę koloidową lub tłuszczową zwłaszcza w nowotworach rozmiękających, albo 3) przychodzi do ropienia, które prowadzi do zupełnego wydalania masy nowotworowéj. W jednym przypadku potrzeba było 24 posiedzeń trwających 10 do 15 minut do zupełnego wyleczenia choréj; w innych razach czas leczenia wynosił 3 do 4 miesięcy. Oprócz tego miejscowego leczenia podaje S. chorym jodek potasu w dużych dawkach, a to w celu wywarcia znacznego wpływu na całą sprawę odżywczą. (*Gazette des Hôpit.* Nr. 121). *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Stosunek kiły do krzywicy** roztrząsanym był na Zjeździe londyńskim. Prof. Parrot poruszył tę sprawę, dowodząc, że krzywica jest tylko objawem kiły, zwłaszcza dziedzicznéj; dzieli on krzywicę na dwa okresy odpowiadające kile czynnéj i kile biernéj i utrzymuje, że badanie kośćca w podobnych przypadkach wykazało cechujące zmiany kostne w 98%. Te wpływy, które do téj pory nauka zalicza do wywołujących krzywicę, sprawiają, podług Parrota, tylko rozmiękczenie kości. Brak pożywienia nie wywołuje krzywicy i dzieci charłacze nie stają się krzywiczemi, jeśli nie są kiłowatemi. Dr. Stephenson nie podziela twierdzeń Parrota, przypuszczając osobną skazę krwi krzywiczą. Prof. Bouchut przyznaje kile siłę czynnika etyjologicznego, działającego pośrednio na wywołanie krzywicy, stanem poprzedniego charłactwa, które kiła sprowadza, najczęstszą przyczyną krzy-

wicy podług Bouchuta jest nieżyt przewlekły jelit; z łatwością można wywołać krzywicę u szczeniąt, poddając je złym warunkom odżywczym. Dr. Byers nie stwierdził w swéj praktyce twierdzeń Parrota. Dr. Gibert na podstawie dobrych skutków leczenia przeciwkiłowego u krzywiczych przychyla się do przekonań Parrota. Dr. Ranke utrzymuje, że w Monachijum krzywica jest częstą, a kiła dziedziczna nader rzadką i dla tego odrzuca on przypuszczenie jakiejkolwiek łączności etyjologicznéj kiły i krzywicy. PP. Lee, Sansom, Moore, Jacobi przemawiali przeciw twierdzeniom Parrota. Przewodniczący West streścił dyskusyję, że twierdzenia Parrota nie są udowodnione. (*Revue de médecine*, październik 1881).

(A. K.) **Osutkę występującą w skutek szczepienia ospy ochronnéj opisał Dr. Behrend** na posiedzeniu sekcyi chorób skórnych londyńskiego Zjazdu. Autor postrzegał siedm przypadków, osutka była pryszczową (*pustulae*) 5 razy i wystąpiła trzeciego dnia po zaszczepieniu, w jednym przypadku miała wejrzenie odry i wystąpiła dnia ósmego; a wreszcie u ostatniego dziecka, skłonnego do wyprysku, takowy wystąpił w większéj obfitości. Wszystkie te osutki mają przebieg łagodny, i występują bądź trzeciego, bądź około ósmego dnia po zaszczepieniu. W pierwszym przypadku są one następstwem zadrażnienia skóry samą operacyją szczepienia, w drugim powstają w skutek wessania wytworów zapalnych pryszcza szczepiennego, i są analogiczne z temi chorobami skórnemi, które często towarzyszą przebiegowi prawdziwéj ospy. (*Le Progrès médical* Nr. 41, 1881).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie XIII z d. 6 lipca 1881.

Przewodniczący kol. Jordan; Członków obecnych 24.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Sysak podał opis rzadkiego przypadku wczesnéj kiły pęcherzykowéj, obserwowanego w praktyce prywatnéj. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrał głos kol. Zarewicz. W przypadku przez kol. Sysaka opisanym uderza przedewszystkiém ta okoliczność, iż u chorego, o którym mowa, wysypka wystąpiła ostro pod przypadami gorączki, która do 39°C. dochodziła. Zmiany na skórze miały się przedstawić jako mniéj lub więcéj wyniosłe płaskie guzki, już to odosobnione, już téż zlewające się, które w niektórych miejscach przeobrażały się na pęcherze cieczą surowiczą wypełnione i niekiedy do znacznych rozmiarów dochodzące. Po usunięciu pęcherza okazała się skóra zaczerwieniona i sącząca. Zmiany występowały na zewnętrznéj stronie odnóg górnych, a to przeważnie na grzbietach obu rąk, na odnogach dolnych i tułowiu, pęcherze zaś najliczniéj i najpiękniéj wykształcone znachodziły się na tułowiu w miejscach uciśniętych. W przebiegu téj słabości chory doznawał uczucia pieczenia, palenia w miejscach chorych. Po kilkotygodniowém trwaniu cierpienia choroba zupełnie ustąpiła i jak dotąd niewróciła. Daléj zauważyć należy, iż gorączka ciągła, która chorobie towarzyszyła, przed zupełném wyleczeniem chorego ustąpiła. Uwzględniającemu zatém podane przypady mimowoli nasuwa się uwaga, iż chorobę przez kol. Sysaka za pęcherzycę zjadliwą (*pemhigus foliaceus*) na tle kiłowém będący podaną, uważać należy za *Erythema exsudativum multiforme*, które, jak już sama nazwa rumień wielopostaciowy wskazuje, może przybierać i zwykle przybiera rozmaite postacie i dla tego nie może nas to wcale dziwić, jeżeli postać chorobowa w niektórych miejscach przeobrażała się na pęcherze, tworząc tak zwany rumień pęcherzowy, *erythema bullosum*. Nie mając przed sobą przypadku chorobowego, o którym mowa, nie można orzec, czy rozpoznanie przez przemawiającego wypowiedziane jest stanowcze; nie może jednak kol. Z. żadną miarą zgodzić się na rozpoznanie kol. S., albowiem *pemphigus foliaceus* wyszczególnia się przedewszystkiém przewlekłym przebiegiem, pęcherze jego są wiotkie a nie napięte, gorączka towarzysząca jest bardzo nieznaczna, albo téż wcale jéj nie ma, a wybitniéj dopiero występuje przy schyłku samego cierpienia, kiedy się ono ma przecież zakończyć. *Pemphigus foliaceus* wreszcie niemal zawsze kończy się śmiercią. Kol. Z. nie wie dotąd ani o jednym wyleczonym przypadku. Jeszcze mniéj zgodzić się może kol. Z. na przypuszczenie kol. S., ażeby *pemphigus* w mowie będący był kiłowym, albowiem jak dotąd nie zauważył ani jednego przypadku kiły wczesnéj nabytéj, w którymby wysypka pod postacią pęcherzy podobnych do *pemphigus foliaceus* wystąpiła; tak również nieprzypomina sobie kol. Z., aby ktokolwiek ze specyjalistów coś podobnego był zauważył. Nieprzemawiają téż na korzyść rozpoznania kol. S., zmiany, które się u chorego w jamie ustnéj znajdowały, albowiem sam kol. Z. spostrzegał podobne zmiany przy cierpieniu skóry, które u chorego kolegi S. przypuszczano. Na zakończenie wspomnieć musi, iż trudno w danym przypadku przypuścić *pemphigus febrilis s. acutus*, albowiem jak z jednéj strony spór co do istnienia téj choroby nie jest jeszcze stanowczo rozstrzygniętym, tak z drugiéj strony podziela kol. Z. zdanie tych, którzy *pemphigus acutus* uważają za odmianę *herpes iris* lub *circinatus*, albo téż *erythema bullosum* lub jemu podobne cierpienie skóry.

3) Kol. Zarewicz jako sprawozdawca komitetu Towarzystwa podaje, że komitet poczynił kroki, aby na Zjazd przybyć mających kolegów w ostatnim dniu uczcić wspólném towarzyskiém zebraniem w ogrodzie strzeleckim kosztem członków T. L. K. Propozycyję komitetu przyjęto.

Dr. Stanisław Balicki.
Sekretarz.

VI. Sekcyja okulistyczna międzynarodowego Zjazdu w Londynie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Na trzeciém posiedzeniu odbytém w dniu 6 sierpnia Leber mówił o związku między zapaleniem n. wzrokowego a cierpieniami śródczaszkowemi. Zapalenie to nie różni się co do swéj istoty od innych zapaleń tarczy i siatkówki (*papillo-retinitis*) ani rodzajem przekrwienia naczyniowego ani innemi zmianami histologicznemi ale różni się stanowczo od przekrwienia skutkiem zastoju żylnego i zmian od niego zawisłych. Zapalenie to nie jest skutkiem zastoju w żyłach siatkówkowych, będącego następstwem ugniecenia zatoki jamistéj z powodu zmniejszenia przestworu śródczaszkowego. Nie jest ono również wynikiem przeniesienia zadrażnienia zapalnego, zawisłego od nerwów naczynioruchowych. Pośrednikiem między cierpieniem mózgowém a oczném jest nerw wzrokowy. Ważną rolę w przeniesieniu odgrywa wylew cieczy do pochwy n. wzrokowego, a wylew ten jest skutkiem podwyższenia ciśnienia śródczaszkowego. Przypuszczenie atoli, że ciśnienie czysto mechaniczne tego wylewu na nerw wzrokowy w miejscu jego zapuszczenia się do oka wywołuje zapalenie, nie jest dostatecznem, ilość wylewu jest bowiem często bardzo mała. Trzeba tutaj przeciwnie uwzględnić własności téj cieczy, wzniecające zapalenie. Guzy śródczaszkowe wywołują, podobnie, jak pewne ciała obce, nawał zapalny i nadmierne wydzielanie cieczy (*hydrocephalus internus*). Te wylewy znajdujemy w zapaleniu opon mózgowych, jeżeli ono daje powód do zapalenia tarczy n. wzrokowego. Zapalenie tarczy i siatkówki w przypadkach cierpień mózgowych tłumaczy się w ten sposób, że wysięk surowiczy, wytworzony skutkiem zapalenia śródczaszkowego, wdziera się do przestworu śródpochwowego pnia n. wzrokowego i drażni tarczę i sąsiednie części oka. Bouchut wypowiada zdanie, że wszystkie

ciężkie choroby opon mózgowych, mózgu i rdzenia pacierzowego udzielają się wnętrzu oka sprowadzając zmiany w n. wzrokowym i jego sąsiedztwie. Cierpienia oka wywołane przez choroby mózgu i rdzenia są mechaniczne, zapalne, zakaźne i współczulne czyli zwrotne. Gałęzowski mówi o zapaleniu n. wzrokowego skutkiem zmian naczyń. Anatomija patologiczna wykazuje w przypadkach zapalenia n. wzrokowego zarośnięcie naczyń, *endarteriitis i periarteriitis*. Leber, Manz i Müller opisali w głównych gałęziach tętnicy środkowej siatkówkowej złogi wapienne, zwyrodnienie tłuszczowe i stwardnienie ścian naczyń, a takież zmiany przedstawiają naczynia mózgowe. Otóż w przypadkach zapalenia n. wzrokowego stwierdzić można zarośnięcie naczyń i zakrzepicę. Zmiany w tętnicach są dwojakiego rodzaju: jedne wywołują zaburzenia postępowe, jak w mózgowém zapaleniu n. wzrokowego i zapaleniu siatkówki białkomoczowém; inne zrządzają zjawiska piorunujące, nagłą utratę wzroku, jak w przypadkach zatoru środkowej tętnicy siatkówkowej. Podobieństwo między *arteriitis obliterans* i zatorem jest wi lkie. Mowcę uderzył brak przypadów sercowych u wielu osób dotkniętych zatorem środkowej tętnicy siatkówkowej (13 razy na 59). W odróżnieniu zakrzepicy od zatoru G. zwraca uwagę, co do pierwszéj, na zjawiska zwiastunowe, przemijające zamroczenia, które nagłą utratę wzroku poprzedzają, tudzież na wybroczyny siatkówkowe, nierównie częstsze w zakrzepicy niż w zatorze. Hughlings Jackson poczytuje za najpodobniejszą do prawdy teoryję, która zapalenie n. wzrokowego w przypadkach cierpień mózgowych tłumaczy zwrotném zadrażnieniem naczynioruchowém. Parinaud doszedł, chociaż inną drogą, do wniosków podobnych jak Leber, odrzuca on jako przyczynę zastój żylny i zadrażnienie naczynioruchowe; ciśnienie śródczaszkowe samo przez się nie może wywołać zapalenia n. wzrokowego, a wylew cieczy do pochwy jego ma znaczenie podrzędne. Zapalenie n. wzrokowego w przypadkach cierpień mózgowych jest pierwotnie opuchliną limfatyczną, zostającą w związku z nadmiernem wydzielaniem cieczy mózgordzeniowéj. Ta opuchlina daje początek sprawie zapalnéj. Pod względem klinicznym zapalenie n. wzrokowego w przypadkach chorób mózgowych dowodzi obecności opuchliny mózgowéj, a gdy ta łączy się prawie zawsze z *hydrocephalus*, można z niéj niemal napewne wnosić o obecności *hydrops ventriculorum*. Stephan Mackenzie odrzuca również zastój żylny i teoryję naczynioruchową. Zapatrywanie Lebera może nam tłumaczyć wiele przypadków, ale mowca widział i takie, w których nie było ani śladu *hydrocephalus internus* i żadnego wylewu surowiczego. Zapalenie n. wzrokowego tłumaczy się w takim razie sprawą zapalną rozciągającą się bezpośrednio z mózgu aż do oka. Wydarzają się zresztą przypadki zapalenia tylko jednego nerwu wzrokowego i to po stronie przeciwnéj guza w mózgu. Takich przypadków nie tłumaczy ani podwyższenie ucisku śródczaszkowego, ani teoryja naczynioruchowa, ani teoryja Lebera, ale tylko przypuszczenie sprawy szerzącéj się bez przerwy w tkaninie nerwowéj, a tak samo tłumaczą się i te przypadki, w których nie ma wylewu z opon mózgowych. Zmiany mózgowe albo się szerzą wprost na n. wzrokowy, albo też ten ostatni i mózg ulegają temu samemu wpływowi chorobowemu. Teoryja Lebera może atoli tłumaczyć zapalenie n. wzrokowego w tych przypadkach, w których się wytworzył wylew surowiczy z opon mózgowych. Poncet sądzi, że w przypadkach zapalenia n. wzrokowego skutkiem zapalenia opon mózgowych sprawa chorobowa nie toczy się ani w pochwie, ani w tkance łącznéj n. wzrokowego, lecz w saméj osnowie nerwowéj (*neuroglia*). Wykazać tam można nagromadzenie jąderek i opuchlinę, ale nie wiadomo na pewne, czy to jest istotne zapalenie, lub téż proste tylko przepacanie (*diapedesis*). Ani zadrażnienie n. współczulnego, ani troistego, nie wywołuje u zwierząt tego zapalenia n. wzrokowego. Laqueur spostrzegał, równie jak Gałęzowski, liczne przypadki poczytywane za zator tętnicy środkowéj siatkówkowéj, w których badanie serca nie wykazało żadnych zmian (9 razy na 17). Objawy zatoru zależeć mogą zarówno od zatoru jak od zakrzepicy lub wybroczyny do wnętrza n. wzrokowego. Właśnie te przypadki, w których napad główny poprzedzają przelotne zwiastuny, zamroczenia przemijające itd., a które Gałęzowski odnosi do zakrzepicy uważać należy zgodnie z tłumaczeniem Mauthnera za przypadki zatoru. Panas badał tarczę zastoinową w przypadkach uszkodzeń mózgu. Obecność lub brak tarczy zastoinowéj nie dozwalają wniosków pod względem rozpoznania i rokowania co do uszkodzenia. Chorzy, u których ona występuje, mogą wyzdrowieć, lecz oględziny pośmiertne dokonane w Lariboisière dowodzą, że we wszystkich przypadkach przestwór śródpochwowy rozdęty jest cieczą surowiczą lub krwawą, podczas gdy téj cieczy nie ma wcale, jeżeli za życia nie było tarczy zastoinowéj. Knapp znalazł w przypadkach guzów pozagałkowych, że n. wzrokowy wtedy tylko był w stanie zapalenia, jeżeli sama pochewka nerwu wciągniętą była w nowotwór. Brailey odpowiada Knappowi, że z przypadków spostrzeganych odniósł zupełnie inne wrażenie. Sądzi on, że zapalenie n. wzrokowego może powstać skutkiem ucisku guza, chociaż ten nie zostawał w związku z pochewką nerwu. Na preparatach Edmundsa, o których wspomniał Mackenzie, przekonał on się, że sprawa zapalna szerzyła się bez przerwy na sam nerw, a siedzibą jéj była osnowa nerwowa, a głównie ściany naczyń drobnych. Pagenstecher zapytuje Lebera, czy w jego doświadczeniach z wstrzykiwaniem cząstek gruźliczych do mózgu znachodzono złogi gruźlicze także w innych narządach prócz n. wzrokowego i siatkówki. Leber odpowiada, że doświadczenia robił Deutschmann. We wszystkich przypadkach badano pośmiertnie wszystkie narządy, a w niektórych także i zapomocą drobnowidu. W pierwszym okresie znajdowano te same zmiany jak w gruźliczém zapaleniu opon mózgowych u człowieka; nerw wzrokowy okazywał się prawidłowym w części śródczaszkowéj; podczas gdy w części oczodołowéj znajdowano opuchlinę pochwy, zapalenie nerwu śródmiąższowe i zapalenie jego onerwia tém wybitniejsze im bliżéj tarczy. Sprawa ta sprowadza niekiedy zanik. W późniejszym okresie znajdowano gruzełki prosówkowe w pochwie n. wzrokowego, w tarczy, a nawet w ciałku szklaném. Badanie wykazało widocznie, że sprawa zapalna szerzyła się z jamy czaszkowéj ku oku, tudzież że zmiany chorobowe przez nią zrządzone można było odnieść do dostania się istoty drażniącéj do przestworu śródpochwowego pnia n. wzrokowego. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie

Statystyka epidemij. W Krakowie zeszła ogólna śmiertelność w ciągu tygodnia do 29 października do minimum w roku bieżącym, wynosiła bowiem 19,4 (z t. 31·8). Z chorób zakaźnych umarło: 3 z błonicy, 1 z gorączki połogowéj a doniesiono o 3 przypadkach ospy u dzieci nieszczepionych, 1 odry, 1 płonicy, 2 duru brzusznego, 1 róży i 1 duru osutkowego (z Toń). W tygodniu 41 (do 8 października ospa w Londynie bardziéj złagodniała. Leczyło się w szpitalach 450, świeżo zapadło

13. W Wiedniu umarło z ospy 18, w Paryżu 14, w Budapeszcie i Petersburgu po 3. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 5, w miastach hiszpańskich po kilkoro.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 41 (do 8 października) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,7; w Poznaniu 32,2; w Wiedniu 25,3; w Budapeszcie 28,2; w Pradze 26,7; w Tryjeście 29,2; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 26,9; w Gdańsku 28,3; w Mnichowie 30,5; w Dreźnie 25,7: w Lipsku 16,5; w Bazylei 21.4; w Brukseli 19,9; w Amsterdamie 20,4; w Hadze 21.2; w Paryżu 21.7; w Londynie 18,6; w Kopenhadze 17,7; w Stokholmie 15,5; w Chrystyjanii 12,1; w Petersburgu 43,9; w Odessie 38,3; w Rzymie 20.8; w Bukareszcie 20,5; w Lisabonie 24,8; w Aleksandryi 43,9; w Nowym Jorku 33,0; w Filadelfii 22,9; w Bombaju 26,0; w Madrasie 35,5. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 listopada. Na posiedzeniu Wydziału lekarkarskiego w d. 28 października odbytém Dziekan odczytał pismo p. Ministra oświecenia, wedle którego N. Pan zezwolił na systemizowanie katedry nadzw. profesora farmakologii w Wydziale lek. Uniw. Jagiell., zamianowanie zaś profesora nastąpi po uchwaleniu budżetu przez Radę państwa; następnie doniósł, że p. Minister zgodził się na powierzenie docentowi Dr. Obalińskiemu zastępstwa kliniki chirurgicznéj i zezwolił wyjątkowo, aby doc. Obaliński pełnił zarazem obowiązki egzaminatora; wreszcie odczytano zawiadomienie p. prezesa tutejszego Sądu karnego, iż polecił sędziom śledczym, aby wszystkie sekcyje sądowe, z wyjątkiem ekshumacyj, odbywały się w zakładzie sądowo lekarskim. Na temże posiedzeniu Wydział zamianował Dra Kułakowskiego asystentem przy klinice chorób dzieci na lat dwa oraz wyznaczył komisyję, mającą przedstawić wnioski pod względem wykładów weterynaryi.

* Wydział krajowy zamianował Dra Karola Żuławskiego stałym prymaryjuszem w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, mianowicie prymaryjuszem oddziału dla obłąkanych.

* Prezes ministrów jako minister spraw wewnętrznych zamianował weterynarza powiatowego w Krakowie Aleksandra Litticha, tymczasowym weterynarzem krajowym we Lwowie.

* Dowiadujemy się, że Dr. H. Schramm znalazł umieszczenie jako wychowaniec (*Operationszögling*) w klinice prof. Billrotha we Wiedniu.

* Grono kilkudziesięciu lekarzy, składające się z profesorów, docentów, prymaryjuszów i asystentów, uczciło dziś kolacyją składkową i żegnało opuszczającego Kraków Dra Henryka Kadyiego, mianowanego profesorem zwyczajnym anatomii w zakładzie weterynarskim we Lwowie. Po toaście, wniesionym przez Dra Poniklę w imieniu kolegów asystentów na cześć solenizanta, nastąpiły śród ochoczéj zabawy i przeciągnęły się do północy liczne toasty na cześć naszéj *Alma mater*, stanu lekarskiego itd.

* W roku szkolnym 1880/1 odbyły się w Wydziale lek. tutejszym następujące egzaminy ścisłe i promocyje:

I. Celem otrzymania stopnia doktora wszech nauk lekarskich zgłosiło się: 1) do egzaminu ścisłego Igo *a)* części praktycznéj, po raz pierwszy kandydatów 21, z tych aprobowano 18, reprobowano z jednego przedmiotu 2, reprobowano z dwóch przedmiotów 1, poprawiało z jednego przedmiotu 3, aprobowano 3; *b)* do części teoretycznéj po raz pierwszy kandydatów 22, aprobowano 15, reprobowano z jednego przedmiotu 2, reprobowano z całego egzaminu 5, poprawiał z jednego przedmiotu 1 i został aprobowany, poprawiało cały egzamin 3, zostali aprobowani. 2) do egzaminu ścisłego IIgo *a)* części praktycznéj, po raz pierwszy przystąpiło 23, aprobowano 19, reprobowano z jednego przedmiotu 4, poprawiało z jednego przedmiotu 4, wszystkich aprobowano; *b)* części teoretycznéj, przystąpiło po raz pierwszy 25, aprobowano 15, reprobowano z jednego przedmiotu 10, poprawiało z jednego przedmiotu 7. zostali aprobowani, poprawiał cały egzamin 1, aprobowany. 3) do egzaminu ścisłego IIIgo *a)* części praktycznéj po raz pierwszy 15, aprobowano 13, reprobowano z jednego przedmiotu 1, reprobowano z dwóch przedmiotów 1 poprawiał z jednego przedmiotu 1 i został aprobowany; *b)* części teoretycznéj przystąpiło 15, aprobowano 14, reprobowano z jednego przedmiotu 1. Promocyj I. *pro doctoratu univ. med.* było 14. II. Celem otrzymania stopnia doktora medycyny odbył się egzamin ścisły raz jeden, tudzież promocyja jedna, III. celem otrzymania stopnia magistra położnictwa odbył się egzamin 1 i promocyja 1, IV. Celem otrzymania stopnia magistra farmacyi odbyło się egzaminów II 8, wszystkie z aprobatą, egzaminów III 8, aprobowano 7, reprobowano z jednego przedmiotu 1, promocyj 7, V. Położnych zdawało i aprobowano 10, promowowały wszystkie.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Izydor Neumann we Wiedniu mianowany został dyrektorem kliniki chorób syfilitycznych tamże.—Dr. Jan Meyer, asystent prof. Schmiedeberga w Strasburgu powołany został na katedrę farmakologii do Dorpatu. — Prof. nadzw. Grützner we Wrocławiu mianowany został po Valentinie prof. zw. fizyjologii w Bernie szwajcarskiém.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44: Kramsztyka: Zapalenie ócz pryszczykowe; Jasińskiego: Wrodzone obustronne zwichnienie kości udowéj. — W *Medycynie* Nr. 44: Skórczewskiego: Przyczyny i rozwój niektórych postaci uporczywych biegunek, oraz ich leczenie w Krynicy (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. MIKULICZ: Über Gastroskopie u. Oesophagoskopie. (Osobne odbicie z Centralbl. f. Chirurgie 1881, Nr. 43), in 8vo str. 4.

Dr. RYDYGIER: Uiber circuläre Darmresection mit nachfolgendern Darmnaht. (Osobne odbicie z Berl. klin. Woch. 1881, Nr. 41) in 8vo str. 27. (Praca ta drukowaną była naprzód w Przegl. Lek.)

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 9go bm. w sali wykładowéj prof. Rosnera w szpitalu Śgo Łazarza posiedzenie, na którém kol. Dr. Skobel przedstawi przypadek wrzodu w gardle prawdopodobnie gruźliczego, a kol. Doc. Obaliński rekonwalescenta po wyjęciu całéj kości łokciowéj.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. St. J. we Lwowie: Sprawozdanie doszło nas dopiero we czwartek, a więc na ten numer za późno; umieścimy je zatém w Nrze przyszłym.

Sprostowanie. W Nrze 43 na str. 563 drugi wiersz od dołu zamias Langenbecka winno być Langenbucha. Na str. 568 w szpalcie 1széj, wierszu 23 od góry tudzież 9 od dołu winien być dwukropek zamiast **i**, w szpalcie 2giéj, wierszu 8 od góry ma być nią zamiast nie. W Nrze zaś 44, na str. 585 w szpalcie 1széj wierszu 26 od dolu winno być dalece zamiast dalsze, w szpalcie zaś 2giéj wierszu 8 od góry ma być stanie zamiast staje.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego